

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 janvier 1898, à 1 heure

PAR

Marcel LÉNÉ

Ancien interne des Hôpitaux de Rouen

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à Rouen le 10 Mars 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE RHUMATISMALE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. } RAYMOND, professeur.
MARIE et MÉNÉTRIER, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

Année 1898

THÈSE

N°

140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 janvier 1898, à 1 heure

PAR

Marcel LÉNÉ

Ancien interne des Hôpitaux de Rouen

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né à Rouen le 10 Mars 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PHLÉBITE RHUMATISMALE

Président: M. DEBOVE, professeur.

Juges: MM. } RAYMOND, professeur.
MARIE et MÉNÉTRIER, agrégés.



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DU VAL.
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE
ET D'ALGER

A M. LE D^r LANCEREAUX

Médecin Honoraire de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine.

A M. LE D^r MÉNÉTRIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Médecin des Hopitaux de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

A MES AMIS

A. M. LE D^r COURBET

Médecin des Hôpitaux du Havre.

A MA SŒUR

Hommage et reconnaissance.

AVANT-PROPOS

L'expression de rhumatisme, dit Besnier, ne doit sa pérennité qu'au vague de sa signification; toutefois, dans ce chaos ancien du rhumatisme on a individualisé de nos jours trois types manifestement indépendants.

Les travaux de Bouchard et de son élève Bourcy ont fait accepter au public médical la conception des pseudo-rhumatismes infectieux; du coup, le rhumatisme s'est trouvé dégagé de toutes les manifestations articulaires qui accompagnent ou suivent les maladies infectieuses telles que la scarlatine, la dysenterie, la rougeole, la fièvre typhoïde, la blennorrhagie, etc., sans compter ces infections encore mal déterminées dans leur nature qui semblent porter primitivement leur action sur les jointures et dont l'ensemble constitue le pseudo-rumatisme infectieux primitif.

Ainsi débarrassé de ce groupe d'arthropathies, suppuratives dans la majorité des cas, ou pouvant le devenir, le rhumatisme a subi de nouveaux démembrements.

Les études de l'Ecole de la Salpêtrière en ont

séparé le groupe des arthropathies nerveuses d'origine centrale, affections qui, quoique présentant histologiquement le même caractère intime que le rhumatisme chronique, possèdent néanmoins leur autonomie qu'elles tiennent des circonstances qui leur donnent naissance.

Ce qui reste, après ces séparations successives, de l'antique groupe confus des rhumatismes, a subi lui-même une dernière division qui paraît définitive, et la plupart des auteurs contemporains s'accordent pour décrire à part : 1^o le rhumatisme articulaire aigu franc, ou fièvre rhumatismale, maladie infectieuse ; 2^o le rhumatisme articulaire subaigu ou chronique, maladie constitutionnelle faisant partie de la série arthritique ou herpétique.

L'histoire de la phlébite rhumatismale s'est ressentie de ces démembrements successifs ; nous ne sommes plus au temps où Bouillaud, puis Empis et Lelong réunissaient sous ce vocable commun de *phlébite rhumatismale* des faits disparates appartenant, les uns à des rhumatismes pyémiques, les autres à la fièvre rhumatismale, les troisièmes à la goutte ou au rhumatisme chronique.

Déjà, dans sa remarquable thèse de 1884, Schmitt, élève de Proust et de Jaccoud avait nettement rejeté hors du cadre de la phlébite rhumatismale les faits de thrombose veineuse liés aux suppurations articulaires, à la blennorrhagie, en un mot aux pseudo-rhumatismes infectieux.

Le but de ce modeste travail est de poursuivre cette différenciation et de montrer qu'il existe encore deux types au moins de phlébite rhumatismale dépendant l'un de la fièvre rhumatismale, l'autre de la polyarthrite herpétique ou rhumatisme chronique.

Avant de poursuivre notre sujet, qu'il nous soit permis de nous conformer à l'usage en remerciant ceux de nos maîtres dans les hôpitaux qui nous ont aidés de leurs conseils et qui nous ont fait profiter de leurs leçons.

Que M. le docteur Lancereaux reçoive ici l'hommage de notre gratitude pour la libéralité dont il use à notre égard en nous permettant d'utiliser les observations de deux malades que nous avons suivis nous-même dans son service de Levallois. Je tiens aussi à remercier mon excellent ami le Dr Besançon du concours qu'il a apporté dans l'accomplissement de mes études médicales.

Que M. le Professeur Debove veuille bien accepter nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

LA PHLÉBITE DE LA FIÈVRE RHUMATISMALE.

Le rhumatisme aigu franc, fièvre rhumatismale des Anglais, constitue une entité morbide d'un type défini absolument individualisé aujourd'hui au triple point de vue clinique, anatomo-pathologique et étiologique par son évolution cyclique, ses lésions articulaires et endocardiques, et un parasite spécial dont les aptitudes pathogènes et les propriétés biologiques sont suffisamment connus par les travaux récents de Achalme et de Thiroloix.

Cette affection appartient à la période de développement de l'individu ; elle se montre toujours, du moins pour la première atteinte avant l'âge de vingt-cinq ans. Elle frappe de jeunes sujets et paraît chez eux nosographiquement superposable à une autre maladie, la chorée de Sydenham, dont les affinités avec le rhumatisme aigu étaient depuis longtemps affirmées par l'entremêlement des symptômes et l'identité des lésions endocardiques, et dont la parenté s'est précisée récemment par la constatation du même micro-organisme (Triboulet).

Le rhumatisme articulaire aigu franc se reconnaît en outre aux caractères cliniques suivants : multiplicité des jointures atteintes, mobilité de la détermination articulaire, évolution cyclique d'une durée de six semaines, sueurs abondantes, anémie profonde, (*febris pallida* des anciens), constance des localisations péri-endocardiques, turgescence de la rate, enfin action spécifique du salicylate de soude.

L'individualisation de ce type a permis de modifier la loi de Bouillaud sur la fréquence relative de l'endocardite dans les différentes formes du rhumatisme. Au temps de Bouillaud, on distinguait mal, en effet, ou on ne distinguait pas les poussées aiguës du rhumatisme chronique d'avec les attaques franches du rhumatisme aigu ; à notre époque où ce diagnostic est devenu courant, on tend à reconnaître la constance de la localisation cardiaque dans la fièvre rhumatismale.

Si le microbe aujourd'hui connu du rhumatisme aigu touche constamment, ou du moins si fréquemment, la valvule mitrale, y a-t-il vraiment une difficulté à admettre qu'il puisse également se fixer sur une valvule veineuse et en déterminer l'inflammation ? L'embryologie ne nous montre-t-elle pas que la valvule mitrale n'est qu'une valvule veineuse différenciée et le cœur un simple renflement musculaire veineux ?

Aussi bien, l'existence de la phlébite du rhumatisme aigu nous semble prouvée par de très nombreuses observations et, si, à l'encontre de la phlébite

du rhumatisme chronique, dont nous publierons tout à l'heure deux observations personnelles, nous ne possédons point de faits qui nous soient propres, du moins avons-nous recueilli dans les auteurs quelques observations dont nous reproduisons ci-dessous les plus typiques et qui ne laissent aucun doute sur la fréquence et sur l'exactitude de cette forme morbide.

OBSERVATION I

*Rhumatisme articulaire aigu à forme anormale. —
Phlébite crurale double. (CHAUFFARD. Thèse de Schmitt).*

M...., (François), âgé de 21 ans, homme de peine, entré le 6 janvier 1883 à l'hôpital Lariboisière, dans la salle Saint-Jérôme n° 9, service de M. le professeur Jaccoud.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle. Quoique faisant un travail assez dur et qui l'expose aux refroidissements, il n'a jamais eu de rhumatisme, ni de douleurs vagues.

Le 26 novembre 1882, il ressent une gêne considérable dans la marche ; il éprouve de la difficulté à ployer les genoux, et bientôt la douleur est assez forte pour l'obliger à cesser tout travail. Il a pu cependant venir à pied à l'hôpital, malgré les douleurs violentes qu'il accuse dans les deux genoux.

A l'examen, on trouve les deux genoux gonflés et sensibles à la pression, avec tous les caractères d'une arthrite rhumatismale. Le malade affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie, et actuellement on ne constate aucun écoulement urétral.

A l'auscultation, on note, au niveau de la base du cœur, quelques frottements indiquant l'existence d'un léger degré de péri-cardite sèche autour des gros vaisseaux.

8 janvier. Le malade, qui était apyrétique jusqu'à ce moment, présente un léger mouvement fébrile.

T. le matin, 38°.

T. le soir, 38°,5.

Cependant il ne se plaint d'aucune recrudescence articulaire, et rien n'indique une détermination viscérale. Mais le membre inférieur gauche est engourdi ; il est le siège d'une douleur sourde et continue.

En effet, en découvrant le malade, on reconnaît qu'il existe un œdème notable, s'étendant du pied jusqu'à la racine de la cuisse. On constate en même temps un développement très marqué des veinules sous-cutanées.

À la palpation, on sent un empâtement diffus de tout le membre, qui est chaud et douloureux à la pression.

Le maximum de la douleur siège au niveau du pli de l'aîne, et le long des vaisseaux. Cependant, on ne perçoit pas de cordon induré sur les trajets veineux.

La jambe droite est dans un état complètement normal.

Traitement. — Salicylate de soude 6 gr.

9 janvier. T. matin, 38°,4.

T. soir, 37°,8.

10 janvier. T. matin, 39°,4.

T. soir, 40°.

Les 11 et 12. Salicylate de soude, 6 gr.

La température se maintient entre 39° et 40° jusqu'au 15 janvier, où il se produit un abaissement sous l'influence de 1 gr. 50 de sulfate de quinine.

Cette phlébite gauche entre bientôt en résolution. L'empâtement et la douleur disparaissent progressivement et le 15 janvier tout paraît terminé de ce côté.

Le 15. Ce jour-là même, le malade se plaint du membre inférieur droit, et l'on note de ce côté les symptômes qu'on avait observés huit jours auparavant vers le membre inférieur gauche ; douleur le long des vaisseaux, engourdissement de la

jambe et de la cuisse qui sont considérablement œdemateux ; on constate aussi un grand développement de la circulation veineuse collatérale, mais on ne trouve pas de cordon induré, ni sur les veines superficielles, ni sur les veines profondes.

Cependant, le membre inférieur gauche est complètement guéri, et la douleur articulaire elle-même a disparu.

Le 17. L'articulation du genou droit n'est plus douloureuse ; la douleur paraît plutôt localisée au creux poplité.

Les signes de péricardite sèche notés au début de l'affection n'existent plus, et les plèvres sont tout à fait indemnes.

La température se maintient toujours entre 39° et 40° jusqu'au 20 janvier.

Bromhydrate de quinine, 1 gr. 50.

A partir de cette époque, elle s'abaisse progressivement pour atteindre la normale le 28 janvier.

Le 20. La phlébite droite est en résolution, l'empâtement et l'œdème diminuent, et les veinules sous-cutanées sont plus apparentes.

Les jours suivants, la guérison s'accroît, les deux jambes reprennent leur état normal, les douleurs veineuses ou articulaires ont définitivement disparu.

L'examen des urines, pratiqué à l'entrée du malade à l'hôpital, avait fait reconnaître la présence de l'albumine, dont on en retrouve plus de traces à partir du 22 janvier.

La convalescence est assez longue, l'affaiblissement prononcé. Cependant le malade quitte la salle le 7 mars, tout à fait guéri.

OBSERVATION II

Rhumatisme articulaire aigu. — Phlébite de la veine fémorale gauche. (MARTINET, in th. de Schmitt).

M..., âgé de 28 ans, journalier, entre le 16 août 1882, salle

Sainte-Augustine (*bis*), à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Siredey.

Il est atteint à ce moment d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec complications cardio-pulmonaires.

Le 2 septembre, alors que tout avait disparu du côté des jointures, il ressent une douleur très vive le long du membre inférieur gauche. Cette douleur est spontanée, intense. Œdème au niveau des malléoles.

Cet œdème s'accroît les jours suivants, et envahit progressivement le pied, la jambe, la cuisse ; le membre inférieur dans sa totalité est sensiblement augmenté de volume.

On constate la présence d'un cordon tout le long de la veine fémorale. La pression faite légèrement à ce niveau produit une douleur qui irradie à la face interne de la cuisse.

Fièvre ; insomnie.

Les phénomènes douloureux persistent jusqu'au 10 septembre.

A partir de ce moment, l'œdème disparaît peu à peu, et le malade quitte l'hôpital complètement guéri, le 30 septembre.

OBSERVATION III

Rhumatisme articulaire aigu. — Phlébite crurale gauche.
(DE LANGENHAGEN, *in* th. de Schmit).

Deb..., (Ernest), âgé de 19 ans, imprimeur, entre, le 6 juillet 1883, dans la salle Saint-Henri, n° 24, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Constantin Paul.

Ce jeune homme est d'une constitution assez robuste.

Il a eu, en 1882, une fièvre typhoïde qui a duré un mois et qui n'a été suivie d'aucune complication.

En 1881, il avait été soigné à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le docteur Strauss, pour une scarlatine dans le cours de laquelle il avait été atteint de douleurs articulaires généralisées.

Depuis cette époque, il n'avait éprouvé aucune détermination nouvelle du côté des jointures.

Le 1^{er} juillet 1883, il est atteint d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui débute par les pieds, les genoux et qui occupe les épaules à l'entrée du malade à l'hôpital le 6 juillet.

La température est élevée et se maintient entre 39 et 40 jusqu'au 10 juillet.

Pas de complication cardiaque ni pleuro-pulmonaire. Le salicylate de soude est administré à la dose de 8 gr., puis 6 gr. par jour. Les phénomènes articulaires s'amendent, la température s'abaisse progressivement à la normale qu'elle atteint définitivement le 16 juillet. A cette date, le rhumatisme articulaire semble complètement terminé.

Mais le 14 juillet, le malade avait ressenti une douleur très vive au pli de l'aîne gauche.

Le lendemain matin, 15 juillet, on constate à la visite, la présence d'un cordon dur au niveau de la veine crurale, en même temps que la douleur était réveillée par une pression même modérée exercée sur le vaisseau.

Peu de changement de coloration des téguments, mais des veinules se dessinent très nettement sous la peau, indiquant l'établissement d'une circulation veineuse collatérale.

Il existe un œdème assez marqué au niveau des malléoles et à la partie inférieure de la jambe. Tous les autres signes restant stationnaires, cet œdème augmente les jours suivants.

Traitement. — Immobilisation. Liniment belladonné ; sous l'influence du repos au lit, l'œdème diminue peu à peu à partir du 20 juillet.

Tous les phénomènes articulaires ont disparu. La température ne s'est pas élevée de nouveau. Mais le malade est très pâle, très anémié, obligé de garder le lit. Les battements du cœur sont lents et sourds ; mais il n'existe aucun bruit anormal.

L'œdème continue à s'effacer. A partir du 1^{er} août, le malade peut commencer à se lever ; le cordon induré n'est presque plus

appréciable ; le gonflement reparait seulement à la partie inférieure de la jambe gauche, quand le malade est resté trop longtemps debout.

Il quitte l'hôpital le 16 août, très amélioré, et est envoyé en convalescence à l'asile de Vincennes.

OBSERVATION IV

Rhumatisme articulaire aigu. — Pleuro-pneumonie. — Phlébite crurale gauche. (SCHMITT, loc. cit.)

Arm..., (Eugène), âgé de 19 ans, garçon épiciier, entre le 2 janvier 1883, à l'hôpital Lariboissière, salle Saint-Charles, n° 23, dans le service de M. le Dr Proust.

Son père était rhumatisant, sa mère a toujours été bien portante.

Lui-même est d'une bonne santé habituelle; il a eu dans son enfance une ophthalmie purulente, qui a entraîné la perte de l'œil droit. Depuis cette époque il n'a jamais été malade.

Le 4 avril 1882, il entre dans le service de M. le Dr Proust, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Le 20. On note du côté gauche de la poitrine l'existence d'une pleuro-pneumonie qui entre rapidement en résolution.

6 mai. Le malade est complètement guéri de ses accidents thoraciques ou articulaires et la fièvre a tout à fait disparu.

Le 10. Il ressent une douleur assez vive dans l'aîne gauche; on constate sur toute l'étendue du membre inférieur un œdème mou, qui se prononce davantage les jours suivants. On n'a pas noté à cette époque la présence d'un cordon sur le trajet de la veine fémorale.

Cependant, à partir du 20 mai, l'œdème diminue; l'état général est bon et le malade demande à quitter l'hôpital le 14 juin. Le membre inférieur est encore un peu enflé; le gonflement

s'accroît dans la station verticale et la marche est pénible.

Le malade essaie cependant de reprendre son travail, mais il est obligé de l'interrompre fréquemment, par suite de la douleur et de l'œdème qui reparaissent et augmentent toutes les fois qu'il essaie de rester debout ou de marcher pendant un certain temps. Ces phénomènes s'amendent dès qu'il garde le repos, mais comme ils reviennent souvent, le malade se décide à se présenter de nouveau à l'hôpital Lariboisière le 2 janvier.

La santé générale est excellente, et l'examen des différents organes ne révèle aucune lésion, le cœur est sain. Les articulations n'ont jamais été douloureuses depuis l'attaque du mois d'avril.

On constate seulement que le membre inférieur gauche est œdématisé dans toute son étendue. L'œdème est peu résistant, s'atténue rapidement par le repos ; les téguments se laissent facilement déprimer par le doigt, leur coloration n'est pas modifiée.

Au dessous du pli de l'aîne, on perçoit un cordon induré sur le trajet de la veine fémorale ; une pression modérée à ce niveau ne détermine pas de douleur.

Traitement. — Repos au lit. Légère compression ouatée.

L'œdème disparaît rapidement ; il persiste seulement à la partie inférieure de la jambe et au niveau des malléoles.

On fait porter au malade un bas élastique remontant jusqu'au dessus de l'articulation du genou ; grâce à ce bandage, la marche est possible, et le malade quitte l'hôpital le 23 janvier, très amélioré.

OBSERVATION V (VIRCHOW (1)).

*Rhumatisme articulaire aigu. — Péritonite. — Pleurésie.
— Péricardite. — Mort. — Caillots dans la crurale com-
mençant à un repli valvulaire. — Embolie de l'artère pul-
monaire. — Excroissance muqueuse sur l'endocarde. —
Cicatrice d'ulcère simple.*

Frédéric Phalan, domestique, 23 ans, entre le 3 janvier 1846, dans la division des femmes (maladies internes, à la Charité de Berlin).

Elle attribue son mal, qui remonte à quatre semaines, à un refroidissement intense et à la suppression de la sueur habituelle de la plante des pieds. Depuis ce moment, elle souffre de douleurs vives et déchirantes, siégeant surtout dans les articulations, et qui de là se propagent dans la continuité des membres. Des tuméfactions se forment au niveau des articulations de la main. Elles augmentaient de volume vers le soir et diminuaient au contraire un peu dans le courant de la journée. Les nuits étaient agitées. La malade suait beaucoup sans éprouver un soulagement notable. L'appétit se perdit. La menstruation qui s'était établie une année auparavant restait régulière. Au début c'étaient surtout les articulations de la main et de l'épaule, ainsi que la région interscapulaire qui étaient douloureuses. Les bruits du cœur sont normaux. Pouls 104, fort et plein. Au-dessous de l'omoplate un léger frottement.

La peau est chaude et pâle, le visage coloré, les selles régulières. Le soir, augmentation assez grande de la douleur dans toutes les articulations; tuméfaction des articulations du poi-

(1) Virchow. Obs. X, p. 528, in *Gesamelte abhandlungen zur wissenschaftlichen medicin*. Berlin, 1862.

gnet, sueurs générales, insomnie. Vives douleurs dans les épaules, aux poignets et aux lombes. Pouls le matin : 96°.

Prescription. — Infusion de digitale avec nitrate de potasse. Vin stibié et extrait de jusquiame.

Puis meilleure nuit.

Douleur dans l'épigastre et dans la région cardiaque ; grande anxiété. Soif violente, langue plus chargée.

Pouls, 104 le matin. Depuis midi cinq selles diarrhéiques (Saignée. Infusion de digitale avec nitre). Le symptôme de pleurésie à droite s'étendent et les troubles péri-cardiaques apparaissent très nettement.

Le 7. Saignée.

Le 9. Ventouses scarifiées. Onguent napolitain. Enfin apparaissent des symptômes de péritonite dans la région abdominale supérieure, surtout à droite. Douleur vive, vomissements porracés, etc.

Le 12. Infusion de polygala avec acétate de potasse ; onctions sur l'abdomen.

Le matin 132 pulsations. Les traits sont tirés. L'anxiété et l'oppression sont extrêmes. Agitation. Plaintes entrecoupées. 52 inspirations à la minute. La matité pleurale est très étendue. Au cœur, frottement systolique.

Le ventre est modérément tuméfié et douloureux à la pression.

Infusion de digitale avec acétate de potasse. Saignée de 500 grammes. Le sang est un peu couenneux, très pauvre en cruor.

Le soir, 130 à 132 pulsations. Urines troubles, rares. Une selle. — Saignée. Infusion de digitale avec nitre. Mort dans la soirée.

Autopsie le 17. — Corps bien conformé, amaigrissement modéré. Nulle part d'œdème.

Crâne normal, plutôt un peu mince. Les sinus sont libres, les enveloppes intactes. La substance cérébrale est modérément vascularisée et assez dure. Le corps pituitaire est un peu adhérent.

Le poumon gauche est fixé par un exsudat assez ancien, facile cependant encore à détacher. Cet exsudat est un peu plus récent à la base.

À droite, au contraire, outre une quantité modérée de liquide, il y a partout une couche mince de fibrine fraîche, tout à fait blanche, concrète, surtout au niveau de la base et du diaphragme. La plèvre est fortement injectée.

Au sommet gauche, derrière de vieilles adhérences, on remarque une portion cicatricielle très déprimée, au-dessous de laquelle existe un tissu conjonctif qui pénètre assez profondément et qui est assez dense. Au reste, les poumons sont sains ; ça et là un peu d'atelectasie et d'œdème. La muqueuse bronchique est fortement injectée et couverte d'un mucus abondant. Les vaisseaux sont libres jusqu'au niveau d'une portion de l'artère pulmonaire, où, en avant de la bifurcation, est fixé un bouchon irrégulier, gras comme un noyau de cerise, à contours irréguliers et encore rouge.

Dans le péricarde, petite quantité de sérosité transparente, jaunâtre ; sur les deux feuillets, exsudats récents, minces sur le feuillet pariétal ; sur le feuillet viscéral, ils forment des dépôts en dents de peigne qui sont fortement fixés au ventricule droit, mais qui se laissent aisément détacher des autres portions. Au-dessous, les vaisseaux sont peu congestionnés. Le myocarde est sain en apparence.

Sur toutes les valvules et les deux endocardes, dépôts de fibrine très fine ; extrêmement tenue sur les valvules pulmonaires et aortiques. Au niveau des valvules auriculo-ventriculaires, ils se détachent en séries parallèles aux bords, dont ils sont distants de 1 millim. $\frac{1}{2}$ à 2 millim. Saillies tout à fait transparentes et qui ressemblent aux crêtes de coq que nous avons signalées sur le péricarde.

Un caillot plus gras, plus lisse, plus blanchâtre, plus trouble, adhère à un muscle papillaire de la mitrale. On trouve, en outre,

dans les cavités cardiaques du sang en abondance, également dans les cavités droites et gauches. Couenne très ferme avec gâteau très abondant.

Dans le ventre et particulièrement dans le petit bassin, quantité modérée de sérosité transparente jaune foncé. Le péritoine est un peu trouble, l'épiploon mince.

Dans la cavité sus-ombilicale, surtout sur la face inférieure du foie, exsudat récent, fibrineux, qui se détache aisément et sans lequel la capsule de Glissan apparaît parsemée de taches. Le foie lui-même est normal, la substance un peu plus jaune que d'habitude. La vésicule est pleine de bile jaune clair.

La rate est dure, consistante : son parenchyme est rouge, un peu inégal.

Les reins et la vessie sont normaux en apparence. Dans l'estomac, à 1 cent. $\frac{1}{2}$ du pylore, grande cicatrice ancienne, double, d'où partent des adhérences vers le pancréas.

L'intestin est normal, seule, la muqueuse du jéjunum est très épaisse, couverte de beaucoup de mucus. Dans l'iléon, quelques plaques de Peyer saillantes. Dans le rectum, nombreux follicules un peu tuméfiés.

L'hymen est très large et semble un peu déchiré. L'orifice du col est ovale et fermé par un bouchon muqueux. L'utérus est libre. Les ovaires, très gras, présentent de nombreuses dépressions cicatricielles au niveau desquelles existe des extravasats, les uns récents, et d'un rouge foncé, les autres, plus anciens, couleur rouille.

Les articulations ne peuvent être ouvertes. Cependant, extérieurement, elles ne paraissent présenter rien d'anormal.

A l'extrémité de la veine crurale gauche, derrière la dernière valvule, caillot épais, solide, très adhérent, long de $\frac{1}{3}$ de centimètre, couleur de chair, un peu plus foncé sur un point. Ce caillot remplit complètement le nid valvulaire.

OBSERVATION VI

Rhumatisme subaigu. — Phlébite rhumatismale. — Epanchement pleurétique à gauche. — Endocardite. — (LANNOIS. Revue de médecine du 10 juin 1881).

Dinard, 22 ans, jardinier avant son incorporation au 121^e régiment de ligne, où il est depuis trois mois, entre le 8 février 1881 dans le service de M. le docteur Pallé, à l'hôpital militaire de la Charité, salle 13, lit n° 35.

Aucun antécédent de famille. Il jouit lui même d'une bonne santé habituelle et n'a jamais été malade avant son entrée au régiment. Un mois environ après son arrivée au corps, il eut une pleurésie droite pour laquelle il resta vingt jours à l'hôpital des Collinettes, à Lyon. Il dit avoir éprouvé quelquefois dans le genou droit des douleurs assez vives l'empêchant de marcher pendant quelques minutes, mais n'ayant jamais présenté assez de gravité pour l'empêcher de continuer son travail. Pas d'affection vénérienne.

Les accidents rhumatismaux pour lesquels il entre à l'hôpital ont débuté il y a six jours. Les douleurs siègent dans les articulations tibio-tarsiennes et dans les genoux ; il existe un léger gonflement de ces articulations (surtout au coup de pied) qui sont douloureuses à la pression, mais qui ne présentent ni rougeur, ni chaleur à leur niveau. Toutes les autres articulations sont libres.

Au cœur, léger bruit du souffle systolique à la pointe, pouls régulier à 84 pulsations, température 38°. La respiration est normale ; légers frottements à la base droite, où la percussion donne un son un peu plus élevé que du côté gauche ; la respiration est de même un peu plus rude et plus faible à droite.

La langue est blanche, suburrale ; l'appétit et presque nul, pas de selles depuis la veille de son entrée.

Traitement. — Potion gommeuse avec 0 gr. 05 extrait thébaïque ; 35 gr. d'huile de ricin, puis le lendemain 4 gr. de salicylate de soude.

10 février. On remarque que la douleur ne siège plus principalement au niveau des articulations, comme les deux premiers jours, mais bien au niveau du mollet et surtout de la cuisse de chaque côté. C'est la partie moyenne et intense de la cuisse gauche que le malade désigne comme le point le plus douloureux. La palpation montre à ce niveau la veine saphène interne transformée en un cordon dur de la grosseur d'une plume d'oie, roulant facilement sous le doigt au milieu du tissu cellulaire superficiel. On suit très facilement ce cordon jusqu'à la base du triangle de Scarpa, où il semble s'enfoncer sous quelques ganglions un peu hypertrophiés, sans adénite proprement dite. Le calibre de la veine est moins volumineux à la partie supérieure. Le cordon induré disparaît au niveau de l'articulation, mais on le retrouve avec les mêmes caractères à la partie moyenne et interne du mollet. Rien à la partie postéro-externe ; pas de phlébite profonde. Du côté droit, les signes sont absolument les mêmes, quoique un peu moins accusés. Cordon induré s'étendant sur toute la longueur de la cuisse en suivant le trajet de la saphène interne, induration plus marquée à la partie moyenne, obstruction veineuse et phlébite au tiers moyen du mollet.

Le malade souffre un peu quand il reste immobile, mais il lui est impossible de faire un mouvement. La palpation est très pénible. Absence complète d'œdème. Onctions mercurielles et enveloppement avec de la ouate.

Le 11. Douleurs un peu plus vives de chaque côté, aux deux articulations tibia-tarsiennes ; il existe en effet un gonflement plus marqué autour des malléoles ; T. M. 38° ; S. 38°5.

Le 12. Le souffle d'endocardite à la pointe s'est accentué, et le cordon veineux induré semble s'étendre au mollet en descendant vers les malléoles internes. On supprime le salicylate. Chloral 2 grammes.

Le 13. L'induration s'est prolongée peu à peu dans la veine, que l'on peut suivre, depuis la malléole interne jusqu'à la base du triangle de Scarpa, avec prédominance pour le côté gauche. A la partie moyenne de la cuisse gauche, la veine contient un caillot plus dur que dans le reste de son étendue ; elle ne roule plus sous le doigt ; le tissu cellulaire présente un empâtement manifeste. T. M. 38°2 ; S. 37°8.

Le 14. L'inflammation du tissu cellulaire peri-vasculaire est maintenant des plus manifestes ; légère traînée rouge à la partie moyenne de la cuisse gauche. Aux deux mollets, les veines continuent à être mobiles. T. M. 37°7 ; S. 37°8. Même traitement laxatif.

Le 15. La saphène commence à se dégager à la partie inférieure du mollet, mais le cordon ne change pas plus haut.

Le 17. La résolution de la phlébite continue ; le malade ne souffre presque plus et remue un peu les jambes sans éprouver de douleurs vives. Il demande à manger ; la température se maintient à 37°6.

Le 18. Le malade a eu un peu de fièvre hier soir, (38° à 3 h.), et il se plaint d'un point de côté à gauche. L'examen fait reconnaître tous les signes d'une pleurésie avec épanchement ; matité occupant la partie inférieure de la poitrine, absence complète de vibration thoracique et de murmure vésiculaire, souffle un peu rude s'étendant dans toute la hauteur de l'épanchement, égophonie peu marquée, pectoriloquie aphone. T. M. 38° ; S. 38°7.

Le 19. L'épanchement remonte ce matin jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate ; le souffle a perdu sa rudesse primitive pour devenir franchement pleurétique et ne s'entend bien qu'à la partie externe du thorax ; pas de difficulté dans la respiration (24 respirations) ; le point de côté qui occupe une assez grande étendue, est aussi fort qu'hier. Douleur au cou derrière le sterno-mastoidien gauche. La pointe du cœur bat à 2 travers du doigt au dedans du mamelon ; le souffle systolique de la pointe est à

peine un peu plus accusé que les jours précédents : 100 pulsations. T. M. 38°,2 ; S. 38°,4.

Le 20. L'épanchement a atteint l'épine de l'omoplate. Le souffle est redevenu très rude : le strudisme est exagéré sous la clavicule, le cœur un peu plus dévié. T. M. 38°,6 ; S. 38°,3.

Le 26. La douleur articulaire a disparu, mais le trajet des saphènes est toujours aussi douloureux ; à gauche, on sent de loin en loin des indurations très nettes et limitées dans la cavité de l'artère, indurations constituées par des caillots plus résistants ; à droite, mêmes indurations, mais moins marquées. Légère ascension du liquide dans la plèvre ; sous la clavicule, la percussion donne un son trachéal rappelant le bruit de pot fêlé. Le cœur est considérablement dévié, sa pointe battant sur le bord droit du sternum ; malgré cela, pas de troubles fonctionnels. La température a beaucoup baissé ; 37°,2 le matin, 37°,4 le soir.

Le 28. Matité absolue jusque sous la clavicule ; absence complète de murmure vésiculaire en avant ; respiration rude à caractère puéril dans la fosse sus épineuse. Amélioration du côté des symptômes de la phlébite. T. 37°,3 et 38°,2.

3 mars. Un peu de congestion à la base du poumon droit, ayant amené quelque gêne dans la respiration. Il souffre toujours dans la cuisse et dans le genou gauche quand il veut faire un mouvement ; la jambe droite est libre.

Le 5. Mêmes symptômes du côté des membres inférieurs ; cependant les mouvements sont un peu moins gênés. L'épanchement est en voie de résorption ; on trouve un peu de sonorité sous la clavicule où l'on entend une respiration rude et soufflante ; trottements pleurétiques à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse. Le cœur est toujours aussi déplacé, T. M. 37°,6 ; S. 38°.

Le 9. Le malade se plaint encore de souffrir dans les deux membres inférieurs, mais toujours plus à gauche qu'à droite, et on constate en effet une nouvelle poussée inflammatoire. La veine saphène interne gauche, qu'on ne trouvait plus qu'avec

difficulté ces jours-ci, sauf un ou deux points limités, se présente à nouveau sous forme d'un cordon induré occupant toute la longueur du membre, plus volumineuse même que la première fois. Outre les noyaux que l'on constatait auparavant au mollet, au tiers inférieur et au tiers moyen de la cuisse, on en trouve deux autres, l'un un peu au-dessus de l'articulation du genou, l'autre, plus appréciable, à la base même du triangle de Scarpa. Le tronc seul de la saphène est atteint, et nulle part les cordons latéraux ne semblent pris. Il n'y a pas de rougeur ; la palpation est très douloureuse.

La jambe est à demi-fléchie sur la cuisse qui est elle-même dans l'abduction et la rotation en dehors. A droite, la veine est aussi manifestement enflammée que celle du côté gauche ; mais elle est beaucoup moins volumineuse, moins douloureuse et la gauche reste étendue. L'épanchement pleurétique continue à décroître. La température reste normale à 37°3, le matin et le soir.

Badigeonnages de la poitrine avec la teinture d'iode. Onctions mercurielles belladonnées sur les veines enflammées.

Le 10. L'état général est assez bon ; cependant le malade a notablement maigri et présente une pâleur très marquée ; il a des sueurs abondantes qui le fatiguent un peu. Le cœur qui est toujours déplacé, présente à la pointe le souffle systolique habituel, mais beaucoup plus rude ; on trouve de plus à la base et au premier temps un souffle doux vraisemblablement anémique.

Le 13. L'amélioration continue ; la respiration s'entend assez bas en arrière ; cependant l'épanchement est encore abondant ; car la matité absolue est à deux travers de doigt au-dessus du mamelon, quand le malade est couché, à quatre lorsqu'il est assis.

Aux membres inférieurs on sent les cordons veineux, depuis les malléoles jusqu'au triangle de Scarpa, mais ils ne sont pas douloureux, sauf à la partie supérieure de la cuisse gauche ; le malade se lève depuis deux ou trois jours, mais cette douleur

rend la marche pénible. La température oscille toujours entre 37·4 le matin et 37·8 le soir.

4 avril. Depuis 15 jours, le malade n'a présenté aucun symptôme spécial à signaler, si ce n'est une douleur de peu de durée dans l'épaule droite. L'amélioration s'est maintenue et il part aujourd'hui en convalescence dans l'état suivant : sur tout le trajet de la veine saphène interne, aux deux côtés, on sent un cordon induré qu'on peut suivre depuis la base du triangle de Scarpa jusqu'à la molléole interne, en avant de laquelle il passe pour se perdre à la face dorsale du pied ; il est plus marqué à gauche qu'à droite, présente des noyaux aux points signalés et est toujours un peu douloureux à la pression.

L'épanchement pleurétique est presque totalement résorbé ; la cage thoracique présente un affaissement très marqué à gauche, avec submatité dans toute son étendue ; les bruits respiratoires sont assez obscurs. La pointe du cœur bat à deux travers de doigt en dedans du mamelon et présente un souffle systolique très net ; il existe à la base un souffle anémique assez doux, bien moins marqué qu'il y a trois semaines.

CHAPITRE II

PHLÉBITE DU RHUMATISME CHRONIQUE

Dans son livre sur les maladies par ralentissement de la nutrition, livre où M. BOUCHARD, sous cette dénomination qui préjuge de la pathogénie de ce groupe d'affections, décrit l'ensemble désigné par d'autres sous les noms d'arthritisme, neuro-arthritisme ou herpétisme, l'auteur donne encore comme chef de file à la grande série diathésique le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre rhumatismale.

L'éminent maître est sans doute revenu à cette heure de cette conception erronée. Mais, c'est M. LANCEREAUX qui, pour la première fois, dans son *Traité de Herpétisme*, a creusé la séparation infranchissable entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique.

Depuis, la plupart des médecins ont accepté cette distinction qui apparaît aujourd'hui comme nécessaire. Dans ces temps derniers, un élève de M. LANCEREAUX, DAVAINÉ, a procédé à une étude comparative complète du rhumatisme articulaire aigu, maladie infec-

tieuse, et des poussées aiguës de rhumatisme chronique, simple syndrome d'une affection constitutionnelle. Se basant sur plus de sept cents observations mises à sa disposition par M. LANCEREAUX, il est arrivé à des conclusions qu'il résume de la façon qu'il suit :

1^o Le rhumatisme aigu étant une maladie infectieuse présentera réuni ou séparé les symptômes des infections : fièvre élevée précédée de prodromes, fluxions articulaires à caractères particuliers, endocardite, péricardite, pleurésie et surtout hypermégalie splénique, albuminurie, etc.

2^o Le rhumatisme chronique n'étant qu'un syndrome de l'herpétisme, maladie essentiellement nerveuse, ne présentera aucun des signes précédemment énumérés, ou, du moins, avec les mêmes caractères : par contre, on y trouvera, comme dans la plupart des névropathies, des troubles trophiques et l'influence manifeste de l'hérédité.

Donc, quand on a éliminé de l'ancien groupe du rhumatisme, les arthropathies des infections, les arthropathies liées à une affection du système nerveux central ou des nerfs périphériques de cause définie, et enfin la fièvre rhumatismale elle-même, il reste un groupe de faits qui, sous les noms de rhumatisme subaigu, rhumatisme chronique osseux progressif, rhumatisme goutteux, rhumatisme noueux, nodosités d'HEBERDEN, nodosités de HAYGART, polyarthrite herpétique, ne représentent en somme qu'un anneau de la

chaîne ou série morbide intitulée suivant les auteurs, arthritisme, herpétisme ou neuro-arthritisme, herpétisme ou neuro-arthritisme. Peu importe du reste l'appellation dont on la décore, la série morbide est toujours la même et correspond à un ensemble reconnu et admis par l'unanimité des médecins.

Dans la conception de notre maître LANCERÉAUX, l'herpétisme est considéré comme une névrose dont l'évolution se fait en deux périodes. Dans la première période, les manifestations sont toutes d'ordre congestif ou vaso-moteur. Elles s'appellent migraine, spasmes, prurits, urticaires, etc. La seconde période est celle des désordres matériels et tous ces derniers désordres ont le caractère de troubles névro-trophiques ; ces désordres matériels de la seconde période de l'herpétisme ont pour caractères communs d'affecter principalement les tissus peu vascularisés ou dépourvus de vaisseaux : les membranes fibreuses (maladies de Dupuytren, hernies), les tissus épidermiques (troubles trophiques des ongles, cataracte), la membrane interne des artères (artério-sclérose), la tunique interne des veines (varices, le cartilage diarthrodial des articulations (rhumatisme chronique).

Jusqu'à ces dernières années, la goutte a paru constituer une personnalité morbide indépendante du rhumatisme chronique. Mais, si l'on analyse les observations de goutte *non saturnine* suivies d'autopsie, et si l'on tient compte de la nature des lésions articulaires observées en pareil cas, on reconnaît que la lé-

sion du rhumatisme chronique, l'état velvétique du cartilage diarthodial et les ostéophytes existent dans tous les cas de goutte articulaire, le dépôt uratique n'ayant plus la signification que d'un phénomène contingent et accessoire.

Nous ne poursuivrons pas plus loin les analogies de la goutte et du rhumatisme chronique ; certes une dyscrasie spéciale préside à la formation des dépôts uratiques ; mais l'existence de l'uricémie n'implique pas l'affirmation d'un état morbide autonome et, par ses affinités, par ses coïncidences pathologiques, par ses lésions articulaires elles-mêmes, la goutte qui, déjà de l'aveu de tous, fait partie intégrante de la série arthritique, se trouve de plus en plus étroitement superposable au rhumatisme chronique.

Nous en avons assez dit pour justifier notre opinion qu'il n'y a pas et qu'il ne peut y avoir de différence irréductible entre la phlébite du rhumatisme chronique et la phlébite de la goutte, d'autant plus que nous ne connaissons pas une seule observation de phlébite dite goutteuse qui soit marquée de la signature de la goutte, c'est-à-dire l'incrustation uratique de la veine.

Les considérations qui précèdent, en montrant la parenté de la névropathie générale, du rhumatisme chronique et des varices, nous permettent d'établir trois catégories dans l'étude de la phlébite du rhumatisme chronique, à savoir :

1^o La phlébite variqueuse.

De celle-ci, nous ne nous occuperons point, mais nous devons avouer qu'il est souvent difficile de faire le départ entre elle et la phlébite du rhumatisme herpétique.

2^o La phlébite proprement dite du rhumatisme chronique dont se rapproche ou fait partie intégrante la phlébite goutteuse.

3^o Les pseudo-phlébites rhumatismales ou œdèmes segmentaires névropathiques.

Parlons d'abord de ces derniers, les œdèmes nerveux ou rhumatismaux, dont l'existence au moins est indiscutable. KIRMISSON (1) a décrit sous le nom d'*œdèmes inflammatoires des membres de nature rhumatismale*, des tuméfactions parfois énormes des membres, accompagnées de douleur et de chaleur, et sur lesquelles la pression du doigt laisse l'empreinte en godet caractéristique de l'œdème. Ce désordre, auquel on a également appliqué le nom de *pseudo-phlegmon rhumatismal*, se montre le plus souvent au cours ou à la suite d'un rhumatisme subaigu. On tend généralement à le confondre, tantôt avec un phlegmon total du membre, tantôt avec une phlegmatia.

Comme le fait remarquer M. CHUFFART (2), ces pseudo-phlegmons rhumatismaux sont intermédiaires

(1) *Progrès Médical*, 1876.

(2) Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané (Thèse d'agrégation, 1880).

comme caractères entre le phlegmon et une autre variété d'œdème dit *œdème rhumatismal essentiel*.

Cet œdème rhumatismal essentiel a été individualisé par les leçons cliniques de POTAIN, les observations recueillies par COMBY (1) dans le service du professeur PRÖUST, par les thèses de DAVAINÉ (2), de DHOMONT (3) et de TESTELIN (4).

Quelquefois généralisé à tout le corps, d'autres fois limité à une région très circonscrite de la face ou d'un membre, il se détermine souvent — et c'est cette variété qui nous intéresse ici — sur un seul membre dont il provoque une tuméfaction uniforme. Le plus fréquemment précédé de douleurs articulaires il peut se manifester isolément, sans concomitance de polyarthrite douloureuse. L'infiltration séreuse est subite comme dans la phlegmatia. La peau est lisse, tendue, le plus souvent pâle et décolorée, quelquefois, au contraire, légèrement teintée en rouge. L'œdème est extrêmement résistant, aussi dur, quelquefois plus ferme que dans la phlegmatia alba dolens. L'analogie est encore complétée par de vives douleurs spontanées qui font que cet œdème est souvent, lui aussi, un

(1) COMBY. — Note sur l'œdème aigu rhumatismal (*Progrès Médical*, 1880).

(2) DAVAINÉ. — Œdème rhumatismal et nodosités éphémères du tissu cellulaire sous-cutané (Thèse de Paris, 1879).

(3) DHOMONT. — Du rhumatisme aigu polymorphe (Thèse de Paris, 1880).

(4) TESTELIN. — Des œdèmes dans la diathèse arthritique (Thèse de Paris, 1884).

œdème blanc douloureux. Le diagnostic d'avec la phlébite rhumatismale ne peut donc guère se baser que sur la recherche du cordon veineux.

L'observation d'œdème segmentaire publiée récemment par M. le professeur Debove se rapproche peut-être des cas que nous étudions ici.

Il est à remarquer que, dans plusieurs de ces observations d'œdème rhumatismal essentiel localisé à un membre, les manifestations du rhumatisme articulaire n'étaient pas apparues depuis fort longtemps ; dans quelques cas même, il est dit simplement que le malade était arthritique sans qu'il n'est jamais présenté de polyarthrite fébrile. Certes, la constatation d'un cordon veineux suffirait à lever tous les doutes, mais l'œdème est souvent si dur, si résistant, que pareille constatation est presque impossible ou que du moins la recherche en est fort malaisée.

Il est bien difficile d'établir aujourd'hui une différence tranchée entre l'œdème rhumatismal et l'œdème névropatique ; nous avons dit les relations qui unissent la disposition arthritique à la névropathie héréditaire. On peut, en se basant sur les données de la physiologie expérimentale et de la clinique, admettre que les œdèmes rhumatismaux sont sous la dépendance d'un trouble de l'innervation et non d'une irritation produite dans le tissu cellulaire par les agents de la dyscrasie rhumatismale. CHUFFART rapporte dans sa thèse qu'en sectionnant la sciatique, dans le bout inférieur duquel il entretenait une irritation perma-

nente au moyen d'une suture métallique, il a obtenu dès le lendemain de l'opération, un œdème du membre correspondant, œdème qui dura de cinq à six jours.

Déjà, en électrisant le nerf tympanico-lingual, Ranvier était parvenu à produire l'œdème de la glande sous-maxillaire, et Brown-Sequard a déterminé de l'œdème pulmonaire chez les cobayes en lésant sans le détruire le ganglion thoracique supérieur du côté correspondant.

Moogeot et Weir Mitchell ont montré les infiltrations séreuses des membres succédant à des plaies ou à des contusions des nerfs, et semblables constatations ont été faites à la suite de simples névralgies.

Or, entre ces œdèmes nerveux et les œdèmes des rhumatisants et des arthritiques, il y a une ressemblance d'aspect qui est extrêmement frappante. Dans les deux cas, les caractères de l'œdème sont identiques. Comme l'œdème rhumatismal, l'œdème nerveux est résistant, élastique ou absolument ferme. Comme lui, il peut être indolent et blanc ou s'accompagner d'une élévation de la température locale et d'une rougeur diffuse du membre.

Ces œdèmes névropathiques ou rhumatismaux, sont en général éphémères, mais ils peuvent être permanents, comme dans l'observation de Lancereaux reproduite, dans la thèse de Mosnay.

OBSERVATION VII

(LANCEREAUX IN TH. MOSNAY).

Œdème névropathique du membre inférieur droit à forme de phlegmatia alba dolens chez une jeune fille de 19 ans.

La nommée M..., Marthe, âgée de 19 ans, sans profession, entre, le 12 janvier 1887, à l'hôpital de la Pitié, salle Lorain, n° 20, dans le service de M. LANCEREAUX.

Père migraineux ; une sœur hystérique. Elle-même souffre de fréquentes migraines, des mieux caractérisées. Elle est nerveuse, irritable, sans cependant avoir eu d'attaques de nerfs. Pas de rhumatisme antérieur.

Le début de l'affection actuelle date du mois de mars 1895. A cette époque, elle fut prise, sans cause appréciable, d'un gonflement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, gonflement semblable à une entorse, dit la malade. Cette tuméfaction ne s'accompagnait que d'un peu de gêne dans les mouvements et d'une sensation de pesanteur sans douleur véritable.

Elle se reposa pendant un mois environ, puis, les choses restant en l'état, elle se remit à travailler, conservant toujours la même enflure de la cheville.

Au bout de treize mois, la jambe et la cuisse se prennent, en quelques jours elles deviennent énormes. Mais ce gonflement reste absolument indolent. Pas de douleur spontanée, ni à la pression, soit au mollet, soit sur le trajet des vaisseaux.

Par le repos, l'enflure diminue un peu, mais une amélioration décisive ne se produisant pas, malgré la conservation d'un bon état général, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Jeune fille vigoureuse, de bonne santé appa-

rente, un peu pâle et très nerveuse. Sa santé générale est bonne ; son appétit est conservé. Toutes ses fonctions s'accomplissent normalement. Les règles sont régulières, elle n'a pas de constipation.

La jambe et la cuisse du côté droit sont très augmentées de volume, la cuisse surtout. La peau est plus terne, plus grenue que du côté opposé ; les poils y sont plus longs.

Jambe droite, au niveau du mollet :	0,37 cent.
— gauche	— 0,33 —
Cuisse droite à la partie moyenne :	0,51 cent.
— gauche	— 0,40 —

L'œdème de la jambe est plus mou, se laisse facilement déprimer. A la cuisse, il résiste davantage à la pression du doigt, surtout à la partie inféro-interne.

Au palper de la région inguinale, il est impossible de sentir la moindre induration sur le trajet de la veine. Au niveau de la saphène, dans le creux poplité, rien qui puisse faire soupçonner la présence d'une obstruction veineuse.

Le palper de l'aîne est absolument indolent. On n'obtient aucune réaction douloureuse à la pression du mollet.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Pas d'hydarthrose.

L'appareil génital est sain. La jeune fille est vierge.

Rien d'appréciable dans le petit bassin.

Rien à l'examen clinique des différents organes. Pas de souffle au cœur ni dans les vaisseaux.

La malade quitte le service au bout de trois semaines sans qu'il se soit produit aucune modification dans son état.

Les deux observations personnelles que nous avons recueillies dans le service de M. Lancereaux, se rapprochent beaucoup de la précédente. Dans ces deux

faits, il s'est agi d'œdème à forme de phlegmatia, localisé à un membre, éveillant irrésistiblement l'idée d'une phlébite, mais sans que la constatation d'un cordon veineux puisse permettre d'affirmer qu'il s'agissait véritablement d'une oblitération vasculaire.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Phlébite rhumatismale ou œdème névropatique à forme de phlegmatia.

La nommée E..., Joséphine, âgée de 48 ans, ménagère, entre le 5 décembre 1896, dans le service de M. LANCEREAUX, salle Ste-Catherine, lit n° 2.

Antécédents héréditaires inconnus.

Une sœur et un frère rhumatisants chroniques. Comme antécédents personnels, aucune autre maladie que des manifestations hépétiques, migraines, dyspepsies, rétraction de l'aponévrose pulmonaire.

Aucune lésion utérine.

Depuis quinze jours environ, la malade ressentait dans l'aîne gauche une sorte de gêne qui l'empêchait de frotter le parquet, quand, tout à coup, le 16 novembre, sa jambe se mit à enfler. Elle n'a pas eu des douleurs articulaires, mais elle a ressenti dans la jambe, avant qu'elle enfle, une sensation d'engourdissement et de fourmillement ; à noter que, deux ou trois jours avant l'apparition de l'œdème, la malade a ressenti une vive émotion.

A l'examen clinique, femme bien constituée, d'un certain embonpoint.

L'examen clinique des viscères est purement négatif. Cœur, poumons, foie, normaux. Urines de composition normale.

Le membre inférieur gauche est très œdématié, surtout au niveau de la jambe qui a pris une forme cylindrique. La peau est épaissie, son épiderme est desquamé et de couleur brunâtre. L'œdème est dur et s'étend aux pieds; la cheville est très grosse; pas de trainées rouges nettes sur le trajet des veines superficielles qui ne sont pas douloureuses. Le mollet est légèrement douloureux, la palpation de l'aîne ne donne aucun renseignement, car l'œdème est tellement dur qu'il serait difficile de percevoir le cordon veineux.

Traitement. — Iodure de potassium 2 gr.

15 décembre. Etat stationnaire; l'œdème pourtant est un peu moins dur.

27 décembre. On constate une légère amélioration, la malade marche avec une canne, mais, si elle reste un certain temps debout, l'œdème est plus intense et plus dur.

5 janvier. La malade marche sans canne, l'œdème a diminué un peu, la jambe reste néanmoins presque cylindrique.

L'œdème est dur, la peau sèche et écailleuse.

On ne peut toujours pas palper les veines à cause de la dureté de l'œdème.

10 janvier. La malade sort très améliorée.

OBSERVATION IX (personnelle)

Poussée aiguë de rhumatisme chronique.

Phlébite ou œdème rhumatismal.

La nommée W..., Anna, âgée de 19 ans, domestique, entre le 18 mars 1897, dans le service de M. LANCEREAUX, salle Ste-Catherine, n° 12.

Rien à noter dans ses antécédents, si ce n'est des migraines fréquentes.

Le 1^{er} mars, elle fut prise de douleurs dans les deux bras ; ces douleurs ont duré quatre jours, puis elle a souffert dans les deux jambes, elle a eu des douleurs dans toutes les jointures, même dans les doigts, et ces jointures étaient tuméfiées.

Dès le début, elle s'est couchée ; au bout de dix à douze jours, elle essaya de se lever, mais elle s'aperçut que sa jambe gauche était enflée et très douloureuse.

A l'examen clinique, jeune fille bien constituée, mais un peu pâle. Pas de fièvre. Cœur et poumons normaux. Foie et rate normaux. Rien dans les urines. Pas de blennorrhagie.

Les douleurs articulaires ont disparu ainsi que la tuméfaction des jointures.

Il existe un œdème considérable de tout le membre inférieur gauche qui est partout douloureux à la pression et dont la peau est luisante et tendue. Pas de changement de coloration de la peau. La palpation du cordon veineux est impossible.

Traitement. — 3 gr. d'antipyrine par jour, 25 mars. Trois jours après l'administration de l'antipyrine, la malade ne souffrait plus de sa jambe et l'œdème était un peu moins considérable.

On a continué l'antipyrine pendant six jours.

1^{er} avril. L'œdème a considérablement diminué. La malade ne souffre plus.

21 avril. L'œdème a complètement disparu. La malade s'est levée hier pour la première fois.

1^{er} mai. La malade sort guérie.

Dans ces deux observations personnelles que nous venons de donner, s'agissait-il d'œdème rhumatismal ou de phlébite ? Il est impossible de se prononcer.

La phlébite du rhumatisme chronique existe pourtant bien réellement. Il y en a d'indubitables observations. Parmi les nombreux faits que j'ai parcourus, je

citerai comme étant à l'abri de toute critique à cet égard :

L'observation de Blachez et Vimont, insérée dans la thèse de Viccaji (Th. Paris, 1880).

Une observation personnelle de ce dernier auteur ;

L'observation de Trousseau et Peter (*Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5^e édition, t. III).

L'observation XVII de la thèse de Schmitt.

Dans ces cas, en même temps que la poussée de rhumatisme chronique, on a très nettement constaté l'existence de cordons veineux.

Mais par quel mécanisme se produit cette phlébite du rhumatisme chronique ?

Faut-il admettre qu'il s'agit, comme on le comprenait autrefois d'une phlegmatia, prenant naissance par le fait de la dyscrasie rhumatismale et suivie de l'inflammation de la paroi veineuse ?

On répugne aujourd'hui à admettre que le sang puisse se coaguler dans une veine dont la paroi n'est pas primitivement lésée. Les travaux expérimentaux et les recherches bactériologiques ont démontré la nécessité d'une altération primordiale de l'endothélium.

Mais quel est l'agent de cette lésion première ? Pour la phlébite du rhumatisme aigu, la réponse est facile, c'est le bacille d'Achalme-Thirolloix ; mais dans le rhumatisme chronique, qui n'est certainement pas une maladie parasitaire, faut-il admettre l'action sur la paroi veineuse d'une substance d'auto-intoxication ?

Cette hypothèse aurait pour elle la constatation faite par Bouchard (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1884) de phlegmatias liées à la dilatation de l'estomac.

Faut-il admettre seulement une sorte de fluxion sur la paroi veineuse analogue aux fluxions articulaires, et subordonnée comme celles-ci à une influence nerveuse ? C'est la supposition qui nous paraît le plus vraisemblable.

CONCLUSIONS

1° L'ancienne phlébite rhumatismale doit être aujourd'hui dissociée en trois ordres de faits :

- a) La phlébite des pseudo-rhumatismes infectieux.
- b) La phlébite de la fièvre rhumatismale, ou rhumatisme articulaire aigu franc.
- c) La phlébite du rhumatisme chronique, qu'il conviendrait mieux d'appeler phlébite herpétique.

2° La première variété n'a, en réalité, rien à voir avec le rhumatisme ; c'est une phlébite infectieuse diverse et variable comme les agents du pseudo-rumatisme même.

3° La phlébite de la fièvre rhumatismale forme un type bien défini, ressortissant à une maladie autonome, et qui est vraisemblablement sous la dépendance d'un micro-organisme toujours le même, le microbe d'Achalme ; il y a identité de nature entre cette détermination infectieuse et la localisation endocardique, la valvule mitrale n'étant qu'une valvule veineuse modifiée.

4° La phlébite du rhumatisme chronique ou phlébite herpétique, est d'une interprétation plus difficile ;

on est réduit à invoquer pour l'expliquer des conditions de mécanique et des modifications de la crase sanguine ou mieux une fluxion sur la paroi veineuse; il n'y a pas de différence irréductible entre cette phlébite et la phlébite goutteuse.

5^e Cette dernière variété de phlébite rhumatismale est souvent difficile à distinguer, d'une part, de la phlébite variqueuse, d'autre part, des œdèmes segmentaires névropathiques, qui surviennent également chez des sujets herpétiques.

Vu, le doyen :

BROUARDEL

Vu par le Président de la thèse,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bouchard.** Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition.
- Bourcy.** Des déterminations articulaires des maladies infectieuses. Paris 1883.
- H. Barth.** Rhumatisme et pseudo-rhumatisme. *Union médicale*, 22 décembre 1883.
- Bouillaud.** Traité du rhumatisme.
- Euisenmann.** Die kankreite familie.
- Jaccoud.** Traité de pathologie intime.
- Marcel Lelong.** Etude sur l'arthrite et la phlébite rhumatismale aiguë. Thèse de Paris 1869.
- Schmitt.** De la phlébite rhumatismale. Thèse de Paris 1884.
- Viccaji.** Des phlébites rhumatismales et gouteuses. Thèse de Paris 1880.
- Lannois.** Sur un cas de phlébite rhumatismale. *Revue de médecine* 1881.
- Debove.** OEdème segmentaire névropathique. (Société médicale des Hôpitaux. 1897).
- Troisier.** Phlegmatia alba dolens. Thèse d'agrégation. Paris 1880.
- Davaine.** Contribution à l'étude du rhumatisme. Paris 1879.
- Cornil et Ranvier.** Manuel d'anatomie pathologique.
- Lancereaux.** Traité de l'Herpétisme.
- Besnier.** Art. Rhumatisme, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- Homolle.** Art. Rhumatisme, in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

